

Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy dla Chłopców im. Św. Jana Bosko
ul. Kościuszki 15, 88-320 Strzelno
tel. (52)3189571, e-mail: osrodek@mowstrzelno.pl

Strzelno,

ZGODA

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę **na leczenie** mojego syna / podopiecznego
....., na **podawanie leków** w czasie choroby oraz
ewentualne **leczenie szpitalne**.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....

Strzelno,

ZGODA

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę **na leczenie psychiatryczne** mojego
syna/podopiecznego, na
podawanie leków zleconych przez lekarza psychiatrę oraz ewentualne **leczenie szpitalne**.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....

Strzelno,

ZGODA

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przebadanie mojego syna/podopiecznego
..... na **obecność środków**
psychoaktywnych w organizmie.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)